



TITLE:

臨床滙纂

AUTHOR(S):

CITATION:

臨床滙纂. 日本外科宝函 1933, 10(1): 283-297

ISSUE DATE:

1933-01-01

URL:

<http://hdl.handle.net/2433/203292>

RIGHT:

臨 床 滙 纂

京都外科集談會演說 昭和7年10月例會

昭和7年10月20日午後6時ヨリ京都帝大樂友會館ニテ開催シ、次ノ講演ガアツタ。(幹事 仲田實三郎)

1 腮性癌カ甲状腺癌カ

弘 重 充

老人ノ胸鎖乳頭筋中央前線恰モ甲状腺葉ノ位置ニ相當シ、原發性ト思惟サルル癌性腫瘍ヲ生ゼシ時最も普通ニ考フルモノハ甲状腺癌ナリ。殊ニコレガ嚥下運動ト共ニ動クトキハ然リ、然シソレガ稀ナルモノトハ云ヘ腮性癌ヲモ考ヘネバナラス。而シテ二者ノ鑑別ハ臨床上、成書ニ記載サルル如ク不可能ナル場合モアリ得ル如シ。次ノ例ハソノ適例ダト思フ。

患者ハ55歳ノ女、今年4月ニ左頸部ニ何カ小腫瘍ガアルノニ氣付イタガ別ニ障碍ナカリシ爲放置セシニ、此ノ2、3ヶ月前ヨリ大キクナリ初メ現在ノ如クナツタ。又1ヶ月ヨリ腫瘍部ヨリ後頭部ニ放散スル神經性疼痛ヲ來シ居ルモ聲音嘶啞トカ嚥下呼吸障碍等ナイ。

局處所見 甲状腺左葉ノ位置一、小兒手拳大球狀ニ膨隆セル腫瘍アリ。表面ノ皮膚ニ何等ノ變化ナク又搏動性運動モナシ、嚥下運動ト共ニ腫瘍ハ上下ニ動く。左側胸鎖乳頭筋ハソノ中央部ニテ側方ニ押シヤラレ一部ハ腫瘍ノ側方ニ乗り掛ル。皮膚ニ温度上昇ナク、表面ノ皮膚トハヨク動キ周圍トモハツキリ境サレ居ルモ胸鎖乳頭筋トハ堅ク癒着ス。下層トハ腫瘍全體トシテハ可成リヨク上下左右ニ動キ得ルモ頸筋ヲ收縮セシムレバ全ク動カズ。腫瘍ノ表面ハ不規則ナル粗大隆起性、全體トシテハ弾力性硬ナルモ隆起セル部分ニ軟骨硬ノ所アリ。波動、壓痛、及ビ所屬淋巴腺腫脹ナシ。

全身所見 栄養不良ナラス、口腔、鼻腔、咽頭、食道及ビ胃ニ變化ナシ。

以上ヲ綜合シ、此ノ腫瘍ハ癌腫デ、恐ラクハ頸部ノ原發性癌ト認メラル。即チソノ位置ヨリ先ヅ甲状腺癌ヲ考ヘシモ尙腮性癌ヲモ否定シ得ズ。殊ニ甲状腺癌ニ伴ヒ易キ聲音嘶啞ノナイ事又全然轉移ノナイ事ハ注目ニ値スル。

手術所見 周圍組織トノ癒着強ク胸鎖乳頭筋ヲ初メトシ、周圍ノ頸筋ト悉ク癒着シ硬結ノコレニ及ベルモノアリ。内頸靜脈トモ癒着シソノ内腔全ク閉鎖サル。甲状腺ノ左側ハ二葉ニ分レ下葉ヨリ突起ヲ出シ腫瘍ト突起ハ癒着シ居ルモ硬結ナク癒着以外ノ關係ハ認メラレナイ。此ノ所見ヨリシテ略々腮性癌ト察セラレシモ尙顯微鏡検査ニヨリ基底細胞癌ナル事ヲ知り得タ、即チコノモノハ腮性上皮癌デアツタ。

2 胸圍結核ノ症狀ヲ呈シタル2疾患

仲田實三郎

第1例 25歳ノ男

榮養ノアマリヨクナイ人デ本年 6月初旬ヨリ左乳嘴ノ下ニ無痛性ノ鳩卵大ノ膨隆ヲ生ジ
ソノ部ノ肋骨ハ壓痛ガアツタ。8月2日切開ヲ受ケ排膿。ソノ創ハ未治デ瘻口ヲ殘セリ。以
上ノ如キ病歴丈ケデモ胸圍結核ヲ先ヅ疑フ。局所ヲ視ルト左乳線デ第5肋間ニ瘻口アリ、周
圍ハ多少膨隆シテオルガ浮腫發赤ハナイ、瘻口カラハ肉芽組織が見エル、局所ニ温度ノ上
昇ハナク、瘻口周圍ノ膨隆ニ一致シテ輕度ノ硬結ヲフレル、コノ右下部ニ壓痛ヲ證明セリ、
消息子ハ約2糎入ルガ粗糙ノ骨ハフレナイ、血液像デハ淋巴球增多69%アリ、以上ノ如キ所
見カラモ胸圍結核ト診斷セリ。所ガ手術ノ結果、瘻口ノ底部ニ汚穢肉芽組織アリ更ニ深部
ニ向ツテ瘻口ガ續キ、之ヲ切開スルトソコニ鳩卵大ノ比較的圓イ腔洞アリ、中ニ淋巴腺ノ
結核性乾酪樣變性ヲシタ塊ガアリ、搔把スルトソノ下ハ心囊デアツタ。即チコノ患者ハ胸
圍結核デハナクシテ孤立性ニ來タ淋巴腺ノ結核性乾酪樣變性ヲ起シタモノデアル。

第2例 20歳ノ女

本年4月頃右肋骨弓ノ部分ニ雀卵大ノ無痛性ノ膨隆アルヲ氣付キ、ソノ後段々大キナリ
遂ニ鳩卵大トナツタ。 9月頃カラハ輕度ノ自發痛及壓痛表レタリ。 以上ノ如キ病歴デ骨
格モ弱々シク榮養モヨクナイ、血液像デハ輕度ノ淋巴球增多33%ガアル、又10歳ノ時ニ乾性
肋膜炎ヲ、最近ニハ肺炎「カタル」ヲ病ム。之丈ケデ胸圍結核ヲ疑ヒ得ル。局所ヲ診ルト右
ノ副胸骨線デ肋骨弓ノスグ下ニ鳩卵大ノ膨隆アリ、周圍ニ發赤、靜脈怒張ハ認メズ、温度上
昇ナク、搏動ヲフレズ、彈力性軟、波動ハ皮下脂肪組織ニ妨ゲラレテ不明、表面平滑、壓迫示
界法ニヨリ周圍ノ境界ガ多少明カトナル、即チ壓縮性ハナイ、周圍ニ硬結ハナイ、第7肋軟
骨ニ相當シテ壓痛アリ、皮膚トノ癒着ハナイガ基底トハアマリ動カズ、直腹筋ヲ緊張サセ
テモ多少小ハナルガ尙十分ニフレル、即チ腹壁ノモノデアル。以上ノ如キ局處所見モ亦
胸圍結核ニ一致スル。即チ壓痛ノアル第7肋軟骨ヨリ10糎ヲ距テズニ直グ下ニ前述ノ如キ
腫瘍ヲ見出セバ之ヲ第7肋軟骨部ノ胸圍結核及ビ其ノ流注膿瘍トスルハ普通デアル、所ガ手
術シテ見ルト、此ハ直腹筋内ニ發生シタ鳩卵大ノ腫瘍デ、周圍ハ非常ニ血管ニ富ミ特ニ内
側カラ割合ニ大キイ血管ガ入り込ニ盛ニ出血スル、硬度ハ彈力性軟デ波動ハフレナイ、
全ク孤立性ノモノデ唯ダ下ノ腱ニ僅ニ癒着シテオツタ丈ケデアル。之ヲ摘出後壓痛ノアツ
タ肋軟骨ヲ検査シタガ何等ノ變化モナイ。肉腫カト考ヘタノデアルガ腫瘍ノ剖面ハ暗赤色
ヲ呈シ solid homogen ノモノデアル。組織標本ヲミルニ供覽セル如キ稀有ナル Peritheliom
(外皮細胞腫)デアル、即チ血管ノ外側ヲ包圍スル細胞ヨリ發シ一定ノ配列ヲナス腫瘍デア
ル。尙本組織ノ「イムベデン」現象ヲ検査シタ所、陰性デアツタ、即チ肉腫トハ區別スル事ガ
出來ル。

3 相異ナレル方針ニヨリテ治癒シタル皮下腸管破裂症ノ2例 小 津 茂

第1例 21歳 男子

24時間前馬ニ下腹部ヲ蹴ラレ急ニ腹痛ヲ來ス、30分後惡寒アリ、意識ハ明瞭デアツタガ次第ニ腹部膨滿感アリ、嘔吐ヲ訴ヘルニタツタトイフ。

腹部ハ一般ニ膨隆シ筋肉防禦アリ、腸雜音ヲキカズ、肛門内觸診ニヨリドウグラス氏腔ハ突隆シ壓痛アリ。即チ臍下正中線切開ニテ開腹シタルニ淡黃微濁ノ液少量流出ス、サラニダグラス氏腔内ニ糞臭ヲ有スル膿ガ瀦溜ス、腸内容ト思ハルモノヲ見ズ、又破裂孔ヲ容易ニ索メ得ナイ、由リテ小骨盤腔内ニ「ゴム」排膿管ヲ挿入シテ手術ヲ了ス。術後ハ最高38度ノ體温上昇及ビ數日間ノ嘔吐ノ外、一般ニ平穩ニ経過ス、創ハ糞瘻ヲ形成セルモ約1ヶ月ニシテ自然ニ糞便モ出ナクナリ、80日後全治退院シタ。

第2例 25歳 男子

約48時間前製材中ニ突然丸太ガ正面ヨリ飛來シ左下腹部ニ當ル。非常ナル腹痛ト嘔吐アリ、數時間後ヨリ腹部全體ガ膨滿シ吃逆ニ苦シメラル。便通ハ灌腸ニヨルモ排セズトイフ。

腹部一般ニ膨隆シ筋肉防禦強ク、打診的ニ高鼓音ニシテ肺肝境界ハ右乳線上第5肋骨マデ上舉サル、腸雜音ハ全クキカズ、直腸壺腹部ハ非常ニ擴張ス。膀胱尿ニ大腸菌ヲ證明ス。即チ臍下正中線切開デ開腹スルニ、腹腔内ハ瓦斯ガ瀦溜シ微糞臭様ノ液少量流出ス、トライツ氏帶ヨリ2m80ノ小腸壁ニ50錢銀貨大ノ破裂孔互ニ4cmヲ距テテ2個アリ、コノ部ニ於テ鵝卵大ノ膿瘍腔ヲ形成ス、コノ膿瘍腔ヲ開クニ生存セル1匹ノ蛔虫ガ頭部ヲ小骨盤腔内ニ突入シテキタ。破裂部ノ小腸約15cmヲ切除シ端々吻合ヲナシ腹腔内ニ微温生理的食鹽水500ccヲ注ギ充分洗淨シタ後、連葡「コクチゲン」及ビ大腸菌「コクチゲン」各3ccヲ腹腔内ニ注入シ、膿瘍腔及ビ小骨盤腔内ニ卷煙草狀排膿管ヲ挿入シテ手術ヲ終ル。術後第3日腸雜音ヲキキ、第4日自然放屁、第6日自然排便アリ、第12日ヨリ普通米飯食ヲ攝ル。即術後ノ経過ハ無菌の開腹術後ノソレト異ル所ガナカツタ。排膿管ハ次第ニ抜キハジメ創面ハ清淨トナリ40日ニシテ全治退院ス。

一般ニ皮下腸管破裂症ニ於テハ原則トシテ早期開腹ノ上、腸管破裂部ノ閉鎖或ハ切除等ノ適當ノ處置ヲ行フベキデアル。然シ既ニ早期開腹ノ時期ヲ失シタル場合ニ於テハ、勿論開腹ハ急救ノ處置デハアルガ、コノ場合腸管ノ閉鎖ヲ絶對的必要トスルヤ否ヤノ問題デアル。斯様ナ場合ハ恰モ穿孔性蟲様突起炎ノ際早期手術ノ時期ヲ失シタル膿瘍ニ比スベキモノデアロウ。第1例ノ如ク既ニ時期ヲ相當ニ経過シ膿瘍ヲ形成シ且ツ容易ニ破裂部モ索メ得ザル場合ハ徒ラニ膿瘍ヲ擴散シテ全腹腔ヲ汚染スルヨリ寧ろ排膿管挿入ノミニ止メタ方が策ヲ得タモノデハナカロウカ。勿論破裂部位等ニヨリテ後ノ経過ハ色々異ナル爲徐ロニ第2段ノ處置ヲ講ズル必要ノ場合モアルガ是非 *retten* セシメルタメハ生ジタル膿瘍ヲ擴散セズ之レヲ先ヅ限局セシムベキデアロウ。

次ニ第2例ノ如キ裂孔ノ大ナルモノデ既ニ破裂後48時間ヲ経過シ蛔虫等が出テキテモ限

局性膿瘍腔形成サレ腹腔ノ大部分ガ汚染サレザル時ハ開腹ニ際シ適當ナル處置ノ下ニ清淨ナル切除術モ可能デ而モ術後モ斯ク良好ノ經過ヲトルモノデアル。尙コノ際注入セル煮沸免疫元ノ効果ヲ度外視スルコトノ出來ナイコトハ勿論デアル。

追 加

青 柳 安 誠

日本赤十字社福井支部病院在職11ヶ月ノ間ニ遭遇シタ外傷性皮下腸管破裂ノ3例ニ就イテ述ベル。

第1例 齋○相○ 43歳 農夫

昭和6年5月17日午前11時頃耕田中ニソノ下腹部ヲ馬蹄デ蹴ラレ轉倒シタ。ソノ後腹痛ガ劇烈ナノデ自分ノ外來ヲ訪レタノデアルガ診察ノ結果腸管破裂ト診斷シテ直チニ開腹ヲ行フタ。受傷後9時間目デアル。

局麻ノ下デ不正中線切開デ開腹。腹腔中ニハ糞臭ヲ有スル液ガアリ、更ニ小腸デ廻盲瓣ヲ去ル30糎、60糎、70糎ノ3ヶ所ニ約示指頭大ノ破裂孔ガアツタ。ソレデ此等ノ裂孔ハ型ノ如クニ閉鎖シ、ソノ後腹腔内ノ液ハヨク拭ヒトツテ、ドウグラス腔ニ太イ L ゴム I 管ヲ挿入シ、ソノ他ニハ大腹菌 L コクチゲン I 3糎、連葡混合 L コクチゲン I 3糎ノヨク混和シタモノヲ4糎腹腔内ニ廣ク注入シテ腹膜ヲ閉鎖シ、更ニ殘部 L コクチゲン I 2糎ヲ腹壁創ニモ注入シテ L ゴム I 管ヲ出テ居ル部ヲ除イタ他ノ全部ヲ閉鎖縫合シタ。手術創ハ L ドレナージ I ヲ行ツタ部以外ハ第1期癒合デ術後37日目ニ全治退院。

第2例 田○義○ 12歳 學童

昭和6年7月29日午前耕田中馬蹄デ下腹部ヲ蹴ラレタガ、當時何等ノ苦痛モナカッタノデソノ儘放置シテ居ルト漸次腹痛ト熱發ヲ來ス様ニナツタ。ソシテ同郷デアル第1例ノ患者ノ注意ニ依ツテ自分ノ外來ヲ訪レタ。時ニ8月1日デ受傷後3日ヲ經テ居タ腸管破裂ト診斷ノ下ニ直チニ全麻デ前例同様開腹シタ。丁度受傷後60時間目デアル。黃色ニ混濁シタ液ガ腹腔内ニ充チテ、蛔蟲ガ1疋居タ。ソシテ小腸ニ於テ廻盲瓣ヲ去ル80糎ノ部ニ帽針頭大ノ穿孔ガアツタノデ之ヲ閉鎖シ、ソノ後モ全ク前例ニ倣フテ處置シタ。手術創ハ矢張り L ドレナージ I ノ部ヲ除イテ第1期癒合。術後44日目ニ全治退院此ノ患者ハ他ニ肺結核(杉本小兒科醫長診斷)ガアツテ頗ル榮養ガ衰ヘテ居タ。

第3例 佐○木○松 21歳 木材工

昭和6年9月29日午前9時頃製材中ニ木材ガ逆ニ飛ビ出シテ來テ廻盲部ヲ強打サレタガ、10分間程タツテ、強度ノ腹痛ガ現レ、嘔吐ガアツタノデ自分ノ外來ヲ訪レタ。

腸管破裂ト診斷ノ下ニ局麻デ開腹。受傷後5時間目デアル。腹腔ニハ血液性滲出液ガ充チテ、尙ホ小腸ニ於テトライツ氏靱帶カラ150糎及ビ170, 190糎ノ下位ニ示指頭大カラ舊1錢銅貨大ノ破裂孔ガアツタ。之ヲ閉鎖シテ他モ前2例ト同様ニ處置シタガ此ノ際腹壁創ニハ L コクチゲン I ヲ注入セズニ6糎ノ全量ヲ腹腔ニノミ注入シタ。コノ腹壁創ハ全部化膿シテ入院後106日目ニ全治退院シタ。此ノ患者ハ體格榮養モ極メテ良好ノ患者デアツタ。

以上ノ3例デ自分ハ1例モ腹腔ノ洗滌ヲ行ハナカッタ。ソシテ小腸ハ汚染シタ手術野ニ於テ全部ヒキ出シテ検査シタ。ソノ後ドウグラス腔ニ L ゴム I 管ヲ挿入シ、更ニ L コクチゲン I ヲ前2例ニ於テハ腹腔及

ビ腹壁ニ注入シ第3例デハ腹腔ニノミ注入シタ。而シテ第1第2例ノ腹壁創ハ第1期癒合。特ニ第2例ノ如キハ肺結核ノアル榮養ノ惡イ患者デ、ソノ上受傷後60時間モ經ツテ居タガ、第3例デハ強壯ナ若人デ而モ受傷後短時間デ手術ヲ行フタノニ拘ラズ腹壁創ハ感染シタ。コレハ明カニ「コクチゲン」ニ依ツテ前2者ノ腹壁ニハ局所免疫ガ成立シタモノデアル事ヲ語ツテ居ルノデアル。

自分ハ以上ノ事實カラ次ノ事ヲ考ヘル。

斯ノ様ナ際ニハ腹腔ノ洗滌ガ必ズシモ要シナイ。

斯ク汚染サレタ腹腔デアツテモ腸管ヲ曳キ出シ精査スル事ハ何等忌ム可キデナイ。

炎症ニ依ル滲出液ノ大部分ハ「ドウグラス」腔ニ溜ルカラ、ソコニ「ドレナージ」ヲ行フ方ガヨイ。

必ズ「コクチゲン」ヲ注入シテ局處ノ免疫ヲ獲得スル様ニ努ム可キデアルガ、此ノ際ハ腹腔ノミナラズ腹壁ニモ注入シタ方ガソノ目的ニ適フテ居ル。(追ツテ詳細ハ日本赤十字社福井支部病院竹中虎雄學士ガ報告スル筈デアル)。

4 腸々吻合術ニヨリテ生ズル腸間膜間隙ニ就テ

岩 城 達

患者 37歳 婦人 主訴 腹痛

病歴 7年前蟲様突起炎ノ手術ヲ受ケ術後3ヶ月目頃ヨリ時々廻盲部ニ鈍痛ヲ感じ次第ニ增強スルニ至レリ。本年5月12日急ニ廻盲部ニ疝痛ヲ來シ、惡心、嘔吐アリ、時々「グル」音ヲ發シ諸症緩解セリ。約1週間モ便通ナシ。

現症 腹部ハ特ニ著シク膨滿セザルモ一般ニ鼓腸ヲ呈セリ、蠕動不穩ヲ認メ時々「グル」音ヲ聽ク、廻盲部ニ腫瘤ヲ觸レザルモ強キ壓痛アリ。 Ampulla recti ハ著シク擴大セリ。即チ腸管ノ何レカニ狹窄ノ存スルコトヲ示セリ。

診斷及手術所見 腹腔ヲ觀ルニ前回手術ニ於テ廻盲部ヲ切除セラレ、廻腸ト横行結腸トノ間ニ側々吻合術施サレアリ、ソノ際横行結腸腸間膜ト廻腸腸間膜トノ間ニ生ジタル腸間膜間隙ガソノマ、殘サレソノ間隙ヲ通ジテ小腸筈入シ、ソノ oral 一般ニ膨滿セリ。コノ際吻合部ニハ何等ノ異狀ヲ認メズ、即チ側々吻合術ニヨリテ生ジタル腸間膜間隙ノ存在セシコトガコノ腸通過障礙ヲ起セシ唯一ノ原因ナリシナリ。

抑モ胃腸吻合術中特ニ Hacker 氏吻合術ヲ行フ場合横行結腸々間膜裂口ヲ如何ニ處置スベキカニ就テハ未ダ充分決定セラレザル多年ノ懸案ナルモ、吾ガ教室ニ於テハコノ裂口ヲ廻腸間膜及廻腸管壁ニ對シ極メテ斜メニ結節縫合ニテ縫ヒ付ケ閉鎖スルコト、サレタリ。

腸々吻合術ノ場合ニ生ズルハ、斯クノ如キ裂口ニハ非ザルモ之レト相似タル腸間膜間隙ナリ、併シ今日マデ之レヲ自覺ヲ以テ閉鎖スベキコトヲ唱ヘタル人無シ、而モ尙ホコノ間隙ガ廻腸通過障礙ノ原因トナリ得ルモノニシテ本例ノ如キハ正ニソノ1例ナリ。小津學士モ亦嘗テ本集談會ニ於テ、腸々吻合術ニヨリテ生ジタル腸間膜間隙ヲ通ジ、曠置サレタル腸管ノ筈入シタル1例ヲ報告セリ。

斯クノ如キ腸間膜間隙ハ端々吻合術ノ際ニハ生ゼズ、コノ場合ハ常ニソノ腸間膜ノ裂ケ目ヲ閉鎖セリ。從ツテカカル間隙ノ生ズルハ側々吻合及端側吻合術ノ場合ナリ、從來ノ手術々式ニ於テハ、カクノ如クニシテ生ジタル間隙ヲ閉鎖シ居ラズ、カノ Kirschner 氏ノ最近ノ著書ヲ見ルモ側々吻合術ノ際、吻合腸管兩斷端間ヲ縫合固定スベキコトヲ述ベタレドモ吾人ノ所謂腸間膜間隙ニ就イテハ何等ノ注意ト關心トヲ有セザルモノノ如シ。今後吾々ハ術式ノ一部トシテ必ズコノ間隙ヲ閉鎖スベキモノナリ。

胃前壁胃腸吻合術ノ場合ソレガ Roux ノ方法ニ依ルトモ或ハ普通行ハル、Wölfler 式ノ吻合ニ依ルトモ巨大ナル間隙ヲ生ズ、然レドモソハアマリニ巨大ニシテコノ間隙ヲ通ジ腸管ノ箝頓スルガ如キコトハ起リ得ザルコトニシテ從ツテ胃前壁ト空腸間膜間ノ間隙ヲ閉鎖スルノ要ナク、technisch ーモ亦不可能ノ事ニ屬ス。

腸々吻合術ニ於テ腸管ノ箝入シ易キ最モ多キ原因トナリ得ルモノハ即チ吻合腸管ノ何レカ一方ニ於テ比較的移動性少キカ或ハ固定サレタル場合ナルベシ。即チ廻盲部ニ近キ廻腸ヲ横行結腸又ハS字狀部ト吻合スルガ如キ場合ナルベシ、本例ハ即チソノ適例ナリ、故ニカクノ如キ吻合ヲ行フ場合ニハ特ニ注意シソノ間隙ヲ閉鎖スベキモノナリ。

腸々吻合術ニヨリテ生ズル腸間膜間隙ヲ閉鎖スルノ必要ニ就イテハ從來唱ヘラレザル事項ニシテ茲ニ廣ク一般ノ注意ヲ喚起スル次第ナリ。

5 移動性盲腸ノ診斷ニ就テ

高 安 彰

Rosenstein 氏症候ノ逆症狀ニ就テハ、本年5月本會及第34回近畿外科學會ニ於テ發表サレタガ、爾來之ガ果シテ如何程ノ正確サヲ以テ診斷上ニ利用サレ得ルカ、引續キ觀察シ居タガ、最近興味アル數例ヲ經驗シタ。

第1例 46歳男子 (9月16日入院) 主訴 胃部ノ膨滿感

現在症 本年6月頃ヨリ何等誘因ナク食後3—4時間後 心窩部ニ疼痛ヲ覺エ、食餌重曹等ヲ攝レバ去ルヲ常トセリ。然ルニ3—4週間後疼痛ハ殆ンド去ツタガ、次第ニ胃部ノ膨滿感嘈雜起リ、8月頃ヨリハ急ニ度ヲ増シ、最近1週間ハ食慾モ減退スルニ至ツタ。尙8月25日食事ニ關係ナク突然右季肋部ニ劇痛起リ注射ヲ要スル程度ナリキ。コノ痛ハ右肩ニ放散セルモ、熱感黃疸等ハ認メナカツタ。便通發病前迄便秘、發病後ハ便秘ト下痢ト交互ニ來ル。

現症 惡液質ノ様子ナシ。腹部舟底上ニ陥沒セル外、上腹部ニハ蠕動充進壓痛腫瘍等ノ存在ヲ證明セズ。下腹部ヲ檢スルニ及ビ Rosenstein 逆症狀ノミヲ證シ得テ之ヲ以テ移動性盲腸症ナリト診斷シタ。胃液ニ過酸ハ認メズ。但酸度永ク減少セズ、X線檢査ニモ胃ノ蠕動鈍ク胃内容ノ停滯著明、其他ニ變化ヲ認メズ。盲腸ノ移動性著明、正中線迄動ク。

手術所見 X線所見ト一致。上行結腸下 2/1 迄移動性。蟲樣突起切除ノ上行結腸盲腸ヲ固定ス。横行結腸、胃、十二指腸ニ何等病變ヲ認メナカツタ。

術後自覺的ニ全ク良好、膨滿感ナク、10日目頃ヨリ全ク健康時ノ如キ空腹感ヲオボユ。胃液検査(術後2週間)酸度曲線尋常。X線検査—テモ胃ノ蠕動著明、3時間餘ニテ胃内容ハ完全ニ去ル。アマリニモ著明ノ變化ナリシ故、確ムルタメ更ニ胃液及X線検査ヲ繰返セルモ全ク同様デアツタ。本例ハ自覺的ニモ機能的ニモ、胃症状ヲ主トセル患者ガ臨床上單ニ Rosenstein 逆症状ノ存在ノミヲ以テ移動性盲腸症ト診斷サレ、且適中シ、又手術ニヨリ全ク之等ノ障害ノ全治セル1例デアル。

第2例 20歳女子 (9月22日入院) 主訴 廻盲部ノ疼痛

現在症 本年7月ヨリ不定ノ腹痛アリ。8月27日膽石痛様ノ劇痛アリ、注射ヲ要スル程度デアツタガ熱感、嘔吐、黃疸等ナカツタ。其後輕度ノ腹痛アリ、9月始メヨリ廻盲部ニ限局シタ。便通異常ナシ。

臨床的ニ Rosenstein 逆症状證明サル、外特別ノ變化ナク、之ニヨリ移動性盲腸症ト診斷シタガ、手術ノ結果上行結腸ノ上部及盲腸ノ一部ト側腹壁トノ間ニ纖維索性癒着ガアツタガ、其中間ノ上行結腸10cm以上ハ非常ニ可動性デアツタ。蟲様突起ニハ著變ヲ認メズ。上行結腸固定手術ニテ全治シタ。

第3例 26歳ノ男子 (10月2日入院) 主訴 廻盲部ノ鈍痛

現在症 本年4月誘因ナク腹痛起リ惡心嘔吐アリ。安靜ニシテ翌日症状ハ去ツタガ、6月、7月ニ1回宛同様ノ發作アリ、且7月ニハ體溫 $39^{\circ}8\text{C}$ ニ及ビ2日間持續シタト云フ。其後廻盲部ニ鈍痛アルノミ。

臨床的ニ Rosenstein 氏逆症状存在スルノミ。他ニ述ブベキ所見ナク、之ヲ移動性盲腸症ト診斷スルノ外ハナカツタ。手術ノ結果臨床診斷ハ全ク適中シ、明カナル移動性盲腸ニテ、上行結腸ハ中央迄移動性、蟲様突起ハ盲腸ノ後側ニ癒着シ、少シク緊張シ浮腫狀ヲ示シテキタ。

第4例 14歳少女 (10月6日入院) 主訴 廻盲部ノ鈍痛

現在症 昨年1月20日午後廻盲部ニ疼痛アリ、惡心嘈雜ヲ伴フ。體溫 $37^{\circ}5\text{C}$ 。醫療ヲウケタガ疼痛去ラズ、本年1月22日蟲様突起切除術ヲウケタガ廻盲部ノ疼痛尙其後モ去ラズ現在ニ至ル。便通發病前下痢ト便秘ト交互、發病後ハ便秘ニ傾ク。

局處ニハ Rosenstein 逆症候證明サレ、尙時ニ盲腸部ニ膨隆セル腸ヲフレ、動カシ得タ。

手術ニ依リ、盲腸上行結腸ノ移動性著明ニシテ盲腸ハ正中線臍ノ上迄モ持ち來シ得ルヲ認メタ。本例ノ如キハ既ニ蟲様突起切除術ヲウケタ患者ナルガ故ニ、カノ Rosenstein 逆症状ノ存在ハ全ク移動性盲腸ニ固有ナ pathognomonisch ノモノト斷言シ得ルモノデ、我々ノ主張ノ正シサヲ證據ダツルヨイ1例デアル。

以上僅カノ例デアルガ何レモ臨床上他ノ症候著明ナラザルニ、單ニ Rosenstein 逆症候ノ

存在ニヨリ臨床上ニ移動性盲腸症ナリト診斷スルヲ憚ラザリシ例デ、我々ハ此ノ症狀即 Rosenstein 氏逆症候ハ興味アルモノト考フ。

要點 1) 所謂蟲様突起炎、盲腸炎中一ハ、カナリ多クノ移動性盲腸症ノ混同サレ來ツタ事ヲ考ヘナケレバナラス。從ツテ、之ガ鑑別診斷ニ注意セネバナラナイ。

2) コノ移動性盲腸症ノ臨床診斷ニ向ヒ Rosenstein 逆症候ハ pathognomonisch 一シテ決定的ノ意義ガ有ル。但此ノ症候ナシテ移動性盲腸症ニ非ズトノ説ハ成立セズ。(コノ症候ハ日ニヨリ、時ニヨリ、非常ニ著明ニ證明サル、時ト然ラザル時トアルガ、少クトモ我々ノ經驗デハ常ニ存在シタ)。

3) 所謂胃症狀、上腹部疼痛等ノ主訴ヲ有スル患者ニ於テ、上腹部ニ之ヲ解決スル臨床的變化ノ存スルキモ勿論、殊ニ變化無キ場合ニ於テハ、必ズ下腹部ノ注意深キ検査特ニ廻盲部ノ周到ナル検査ヲ忘レテハナラナイ。

6 上行結腸ノ外科ニ就テ

宮 司 克 巳

供覽セル標本ハ胃大彎ト横行結腸トノ間ニ大ナル癌腫ガアリ、横行結腸、上行結腸、廻盲部ガ共ニ切除サレテ居ルモノデアル。此ハ腫瘍ヲ周圍カラ遊離シタ所必要ニヨツテ A. colica media ヲ結紮切斷シタ結果、横行結腸ハ勿論上行結腸ノ半頃ニ至ル迄腸管壁ニ血行障礙ガ現レタカラ、上行結腸ノ中央部ニテ切斷スル事ヲセズニ、廻腸ノ末端ニ近キ處迄大腸(上行結腸)ヲ全部切除シ、廻腸斷端ト結腸 S 字狀部トノ間ニ端側吻合ヲ施シ、手術ヲ完了シタモノデアル。患者ハ60歳ノ男子デアルガ術後 1ヶ月ニテ全治退院、全ク健康ヲ恢復シテ居ル。

上行結腸ハ血行ガ比較的惡ク A. colica media ヲ切斷スレバ直ニ上行結腸ノ中程迄血行障礙ヲ來スモノデアル。且大部分ハ後腹膜下ノ結締組織中ニ包埋サレテ居ルモノデアルカラ上行結腸ヲ其中途デ切斷シタリ或ハ切開シタリスル事ハ非常ニ忌マネバナラヌモノデアル。若シモ此ノ様ナ事ヲスルト多クハ Nahtinsuffizienz ヲ來シ、後腹膜結締組織中ニ化膿ヲ來ス。其故ニ止ムヲ得ズ上行結腸ノ經過中デ切斷、切開等ヲ行フ場合ハ、其縫合部ヲバ體壁腹膜ニ縫合シテ、決シテ結締組織ノ中ヘ落ち込マヌ様ニスルカ、或ハ夫ヨリモ寧ロ上行結腸全部ヲ切除シタ方ガヨイノデアル。此ノ方ガ確實ナ手術方法デアル。

本例ハ即胃大彎ト横行結腸トノ間ニ出來タ大ナル癌腫ヲ切除スルニ當リ、胃及ビ横行結腸ノミナラス、上行結腸全部ヲ共ニ切除スル事ニヨリ、理想的ニ手術ノ目的ヲ達シ得タ1例デアル。大腸ノ外科、特ニ上行結腸ノ外科ニ向ツテハ心得置クベキ重要ナ事項デアルト考ヘルカラ報告スル。

7 畸形腫ノ1例

高 安 彰

患者 生後6ヶ月ノ女兒。主訴 腹部膨隆。

病歴 満期安産ナリシモ、出産時既ニ腹部ノ異常ニ大ナルヲ認メラレタリ。胎便ハ3日目ヨリ出始メ第6日目ヨリハ黃色軟便ヲ排出。以後1日2—3回宛便通アリシモ常ニゴク少量宛ニテ、腹部ハ次第ニ膨隆シ遂ニ現在ノ如ク大トナリ、3—4日前ヨリハ呼吸困難、チアノーゼ⁷ヲ來セルコトアリ。生後8日目頃ヨリ時々嘔吐アリシモ、5月以後ニハ1回モ認メズ。尙痛ヲ訴フル様子ナク機嫌ハ割合良好。

現症 腹部ハ極度ニ膨隆シ、タメニ胸部ハ非常ニ壓迫サレ且小。手足著シク羸瘦。一見小兒ニ比較的多キ Hirschsprung 氏病ヲ想起セシムルモ、次記ノ所見一ヨリ之ヲ後腹膜ノ腫瘍ニシテ且一部ガ液狀、一部固體ノ部ヨリ成ルモノトノ診斷ニ達シタ。

1) 病歴ニ胎便ガ既ニ第3日ニ排出サレタル事實ハ、囊狀ニ擴張セル部ノ腸ニ一程度内容蓄積セル後始メテ之ガ排出セラル、ヒ氏病ニ、一致セザルコト。

2) 普通ヒ氏病ニ見ルS字狀結腸ノ部即チ左腸骨窩ニハ腫瘍ヲフレズ、膨隆少ク、却ツテ上腹部ニ膨隆強カリシコト。

3) 殆ンド正中線ヨリ左側腹ニカケ弾力性硬ノ大ナル腫瘍ヲフレ、コハ糞塊ニ見ル如キ捏粉狀柔ナル所見ヲ呈セズ、又コノ腫瘍ハ移動性ヲ殆ンド有セザリシコト。

4) 右側腹ニ緊張弾力性ノ腫瘍ヲフレ、波動著明ニ證明サレ、殊ニ Diaphanoskopie 陽性ナリシコト。

5) 打診上之等腫瘍ノ上ニ鼓性濁音ヲ呈セル場所ノ存セシコト（即腫瘍ノ上ニ腸管ノ存セシコトヲ示ス）。

6) 蠕動不安ヲ認メザリシコト。

手術ノ結果ハ豫期ノ如ク、後腹膜ノ腫瘍ニシテ胃、十二指腸、横行結腸等ハ凡テ囊狀ノ腫瘍壁ト連絡シ強ク前方ニ舉上サル、ヲ見ル。液性内容ヲ穿刺排出シ、帶黃蛋白色輕濁ノ液約1.2立ヲ得タリ。左方ニ弾力性硬ノ腫瘍トシテフレタルハ、殆ンド完全ナル胎兒ノ形態ヲ示スモノナリキ。囊腫壁ハスベテ鈍性ニ殆ンド出血スルコトナク剝離スルヲ得タリ。最硬固ニ癒着セルハ肝臓ノ右下方ノ後腹壁ナリキ。胎兒150gr、長サ20cm。

本例ハ標本自身トシテモ稀ニ見ルモノナルモ、又腹部腫瘍臨床診斷上興味深キ1例ナリシ故コ、ニ報告ス。

8 術前ニ診斷サレタル腎缺如症

庄 山 省 三

35歳女 21/IX, 1932入院。

現病歴 22歳ノ時子供ヲ抱イタマ、高サ2間ノ處カラ梯子ト共ニ迂リ落チ右背部ヲ打チツケタルコトニ續發シテ右腎臟部ニ常ニ鈍痛ガアツタ。コノ鈍痛ハ時ト共ニ其ノ程度ヲ増シ、激動スレバ特ニ痛ミ、安靜ニシテキルト痛ハ減ズルガ、昨年夏ヨリ右腎臟部ニ手拳大ノ腫瘤ヲ生ジ、ソレガヨク移動シ鈍痛壓痛共ニ程度ヲ増シタノデ、昨年9月右腎臟ノ手術ヲ

ウケタガ苦痛ハ去ラナイ，發病以來血尿ハ約1週間續イタコトアリ，其他ニ尿ノ混濁ヲ氣附イタコトナシ。

現症 皮膚蒼白，榮養可成良，浮腫ナク心臟，肺臟共ニ健。

局處所見 右肋弓下ニ輕キ膨隆アリ，手拳大，表面滑，壓痛甚シ，約2横指ノ上下ノ移動性アリ。左腎臟ハ觸レズ，又左ニハ何等ノ苦痛ナシ。右游走腎ノ診斷ノ下ニ入院セシム。

臨床的諸検査， 1) 尿所見，1日量 1200ccm 黃色透明，正常。2) 膀胱鏡，3回検査，所見，膀胱粘膜正常，潰瘍，結石ナシ，右輸尿管口正常位置ニ在リ，輸尿管_Lカテーテル⁷20 cm 挿入可能，_Lカテーテル⁷尿所見正常，_Lインデゴカルミン⁷腎筋内注射ニヨリ9秒後排出，即チ右腎臟ノ機能ハ正常デアル。然ルニ左輸尿管口ハ毎回常ニ認メ得ズ，_Lインデゴカルミン⁷ノ排出亦全然認メズ。3) X線検査 1. 右腎臟ノ Pyelographie：輸尿管ノ彎曲ト腎盂ノ下降ヲ證明ス。2. 左腎臟ノ Pneumoradiographie. コレハ2回，酸素注入ニヨリ撮影セルニ左腎臟ノ外形ハ全クナイ。即チ以上 1), 2) 及 3) ノ検査所見ヲ總括シテ到着シタ診斷ハ，左腎臟ノ缺如症，右腎臟ノ代償性肥大ト且ツ游走腎デアル。尙臨床講義ニ於テモ左様ニ講述サレタ。果シテ然ラバ右腎臟ノ固定術ヲ行フコトガ最モ合理的ナコトト考ヘ先ヅ此ノ手術ヲ行ツタ。其際右腎臟ハ肥大ト游走腎デアリソノ他ノ何者デモナイ。問題ノ左腎臟ニ對シテハ非常ナ興味ヲ以テ試験的切開ヲ行フタ。吾々ノ術前診斷ハ正ニ的中シテ，左腎ハ肉眼的痕跡ヲモ止メナイ。無論輸尿管モナイ。然シ精査ノ結果左副腎ハ正常位ニアリ，其一部ヲ試験的切片トシテ檢鏡セルニ全ク副腎デアリ，尙コノ副腎ノ下ニ Fettkapsel ニ相當スル鳩卵大ノ不正形脂肪組織ノ一片ヲモ摘出檢鏡セルニ意外ニモ腎盂ノ原基ヲ發見シタ(コレハ病理學教室ノ藤浪名譽教授ノ御鑑定ヲ願ツタ)。即チ吾々ハ甚ダ稀ナ腎缺如症ニ遭遇シ然カモ術前ニ其ノ確診ヲ附シ得タモノデ，尙試験的手術ニヨツテ副腎並ビニ顯微鏡的ノ腎盂原基ヲモ發見シ得タノデアル，コレハ術前及術中ノ精査ノ賜ニ外ナラナイ。腎缺如症ノ診斷ヲ術前ニ確ムルコトハ實地問題トシテ大ニ必要デアル，腎缺如症ニ於テハ他側腎ニ代償性肥大ガアリ且ツ屢々疾患ヲ伴フ爲ニコノ只 1個シカナイ腎臟ヲ摘出シ死亡シテ初メテ腎缺如症タルコトヲ知ツタ例ハ屢々報告サレテキルカラ，斯様ナ不幸ノナイ様ニ本例ノ如ク術前確診ノ下サレル様ニ精査サレンコトヲ望ムモノデアル。

京都外科集談會演說 昭和7年11月例会

昭和7年11月21日午後6時半ヨリ京都帝大樂友會館ニテ開催シ、次ノ講演ガアツタ。(幹事 有原康次)

1) 小臨牀例3題

吉 益 爲 則

(イ) 中毒性腸炎ト實質性出血 生後約1年ノ男兒、中毒性腸炎ニ罹リ一時重症ニ陥リタルモ遂ニ全治セル患者、其經過中多發性「フルンケル」ニ罹リ、頭髮部頸部背部等ニ多數ノ「フルンケル」ヲ生ジ、或ル醫師ノ治療ヲ受ケタリシガ、2回許リ「フルンケル」ノ切開創ヨリ出血ヲ起シ、ジクジクト出血シテ漸ク2,3日ヲ經テ止ミシコトアリト云フ、或ル日腸炎ノ發病後約1ヶ月ヲ經過セル頃右側鎖骨上部ニ生ジタル「フルンケル」ノ切開ヲ受ケタルニ出血ヲ始メ止マラズ、余ニ診ヲ乞フ。視ルニ榮養ノ非常ニ衰ヘタル小兒ニシテ、出血部ハ十錢白銅貨大ノ比較的深キ創ニシテ、柔軟ナル壞疽ニ陷レル組織ヲ以テ滿タサル、出血スル血管ヲ明カニ認ムルヲ得ザルモ、到ル所ヨリ少シ宛絶エズ出血シ、繃帶、枕ノ被覆、敷布ナド赤ク染メラレタレリ、カ、ル狀態ニテ既ニ約2晝夜ヲ經タリト云フ、ソコデ余ハ過「クロール」鐵液ノ20%ノモノヲニ浸シテ出血部ニ塗布シタルニ赤キ創面ハ忽チ褐色ニ變ジ續ケテ2度ノ塗布ニヨリ立ち所ニ出血止リ殆ド1滴ノ血液モ滲出セザルニ到レリ。過「クロール」鐵液ノ實質性出血ニ効果アルコトハ周知ノコトナルモ、組織ヲ腐蝕スルガ故ニ重要ナル器官ノ出血ニ對シテハ用ヒ難シ。然ルニ本例ハ既ニ壞疽ニ陷レル組織ヨリ出血セルモノニシテ、ヨシヤ出血セズトモ腐蝕藥ヲ用ヒテ治癒ヲ速ナラシムルヲ妥當トスベク本例ニ於ケル過「クロール」鐵液ノ使用ハ正ニ適應症ナリト信ズ。

當時他ノ部分ニモ數個ノ「フルンケル」ガ生ジタリシモ其後出血ヲ起サズシテ順調ニ治癒セリ。

(ロ) 流注性膿瘍穿刺後ノ出血 患者ノ15歳ノ女兒、胸椎「カリエス」ニシテ左側ノ腸骨窩膿瘍ヲ伴フモノ、第2回ノ穿刺ヲ行ヒ大量ノ稀薄膿ヲ採取シ、施術中並ビニ施術後モ何等ノ異狀ヲ認メズシテ患者ハ歸宅セリ、然ルニ翌朝患者ノ家ヨリ電話ヲ以テ左下腹部ニ感覺異常アリテ非常ニ膨滿セルコトヲ報ズ、サレド發熱疼痛皮膚表面ノ發赤等無シト云フ、余ハ膿瘍腔内ノ出血ト斷ジ安靜ヲ命ゼリ、術後約10日ヲ經テ患者來リ見ルー左側下腹部ハ穿刺前ト同様ニ膨滿セリ、患者ハ此時腫脹ハ既ニ幾分減退シ穿刺直後ハ尙強ク膨レタリシト云ヘリ。

(ハ) 「ペルトロハンテーレ、フラクツール」 患者ハ56歳ノ女子、主間ニ於テ右横ニ倒レ標題ノ如キ骨折ヲ起セリ、伸展裝置ヲ以テ治療シ、骨折後約80日ヲ經タル頃ニハ1本ノ杖ヲ以テ自ラ歩行シ、更ニソレヨリ1ヶ月後ニハ杖無クシテ歩行スルヲ得ルニ到レリ。

追加

林 喜 作

寒性膿瘍穿刺後ニ來ル全身症狀ヲ呈スル如キ後出血ニ就テハ數年前實驗醫報ニ述ベタルガ、余ハ其際次ノ諸點ヲ注意シタリ。1. 寒性膿瘍ガ腸骨窩ニ存スル場合、2. 數回反覆シテ穿刺ヲ受ケタルモノ、3. 多量ノ内容ヲ一時ニ排出シテ膨滿セシ下腹部ガ全ク空虛トナレルモノ、4. 内容ハ一見透明ニシテ漿液性「ケーゼ」様物質ヲ含有スル事少キモノ、5. 穿刺後徒步歸宅セシメタルモノ、以上ノ諸點ヨリ考察シテ排膿ガ大量ナリシ場合ニハ陰壓ニヨリテ「ピオゲネ・メンブラン」ノ剝離ヲ來シ膿腔内ニ後出血ヲ來ス可キヲ以テ豫メ適度ノ壓迫繃帶ヲ施ス可トス。

2) 高位直腸癌切除術式

藤 浪 修 一

教室ニ於ケル Quénu 氏合併術式ノ實際ニ就テソノ詳細ヲ演述セリ(別ニ發表ノ筈)。

3) 直腸癌ノ外科

小 津 茂

從來直腸癌ノ手術ニ際シテハ腫瘍ノ發生部位ニ依リ、種々ノ手術々式ガ行ハレテキルガ最モ一般ニ行ハレテキルハ、Kocher, Kraske, 及ビ Quénu 氏ニ依ルモノデアル。コノ3法ニハ各々特徴ガアリ、Kocher 氏法ハ直腸下部即チ肛門カラ4—5cm 上方ノ腫瘍摘出ニ行ハレ、Kraske 氏法ハ肛門カラ7—10cm位上部ノモノ即チ肛門内觸診ニ依リ腫瘍ノ上端ニ指ノ達スル程度ノモノニ適用サル。Quénu 氏法ハ更ニ上部即チ Colon pelvinum ニ發生シタ腫瘍摘出ニ際シテ用ヒラル。然シ以上ハ極ク一般のナモノデ腫瘍ハ直腸下位ニ發生シタモノデモ淋巴腺轉移等ニ依ツテハ Quénu 氏法ニ依ラナクテハナラヌコトモアル。又 Quénu 氏法デハ手術ノ際先以ツテ開腹スルタメ腫瘍ノ部位、浸潤ノ程度、後腹膜淋巴腺ヤ肝臓ニ於ケル轉位ノ有無ガ確カメラレ、Kocher ヤ Kraske 氏法ニ依ツテハ腫瘍摘出ハ可能ナ場合デモ所屬淋巴腺摘出ハ不充分ナルヲ免レナイガ、Quénu 氏法デハコレガ摘出充分可能デアル。即チ直腸ノ所屬淋巴腺ハ

1) 肛門部ノ淋巴管ハ下痔動脈ト共ニ走り鼠蹊部淋巴腺ニイタル。

2) 直腸ノ粘膜、筋層、及ビ肛門擴張部ノ淋巴管ハ上痔動脈ト共ニ走り薦骨淋巴腺ニイタル。

3) 痔輪 (Anulus haemorrhoidalis) ノ部ノ者ハ中痔動脈ト共ニ走リ下腹淋巴腺 (Lymph-glandulae hypogastricae) ニイタル。

以上ノ3群ニ分チ得ルガ Quénu 氏法ニヨル時ハS字狀結腸ヲ剝離スル時ソノ腸間膜内ニ存スル薦骨淋巴腺ヲ脂肪織ト共ニ徹底的ニ摘出シ得。又該法デハ上痔動脈ヲ前以ツテ結紮シ得テ背側カラノ手術ニ際シテ出血ヲ制限シ得ル利益ガアル。

以上ノ如ク直腸癌ノ手術ニ際シテ根本的治療法トシテハ必ズヤ Quénu 氏法ヲ第1ニ推サナクテハナラヌ。是レ子宮癌、乳癌、胃癌ニ廣汎ナル切除及ビ清掃術式ガ推賞サルルニ比スベキモノデアロウ。

コノ Quénu 氏法モ手術ノ次第ニヨリ變法ガアリ大體次ノ3ツニ分チ得ル。

第1法 腹部手術ヲ完了シテ、即チ上痔動脈ヲ結紮シ直腸ノ肛門側端ヲ完全ニ腹膜外トナシ、人爲肛門ヲ設置シ腹壁ヲ閉鎖シテ、同一手術者が更ニ背側カラ直腸摘出ヲ行フ法。

第2法 腹部手術デ上痔動脈ヲ結紮シタル後ニ、同時ニ背側カラノ手術ヲ開始スル法。即チ手術者ヲ2組ニ分ツ分業法。

第3法 第1回手術ハタダS字狀結腸ヲ離斷シテ肛門側斷端ヲ外腹膜トナシ、口側ノ結腸デ人爲肛門ヲ造設スルノミニ止メテ、第2回手術即チ直腸摘出術ハ他日行フ法。

コノ3法中第1法ハ徒ニ手術時間長クナリ、豫後不良トナルハ想像シ得ル所デアル。第2法ガ眞ニ Quénu 氏法、即チ合併法ノ實ヲ擧ゲ得ル方法デアル。然シ患者ガ老年デ衰弱シテキタリ、或ハ術者が手不足デアル場合ニハ、此方法ヲ施スニ躊躇スル場合ガアル。丁度最近次ノ様ナ患者ニ遭遇シ、第3法ヲ試ミタ。

患者 48歳 男子 主訴 便通頻數及ビ糞柱ノ細小。

病歴 10ヶ月前ヨリ 1日7—8回ノ便通ヲ訴ヘ、且ツ粘液様便ニ新鮮血液ヲ混ズルニイタル。現在デハ却ツテ便秘シ、糞柱ハ細小、小指大トナリ、20日前某醫ニヨリテ背側ヨリ直腸摘出術ヲ試ミラレ未完了ノ儘手術中止セラル。發病來羸瘦強シ。

諸検査ノ結果腫瘍上端ハ肛門ヨリ15cmノ上位ニアリ。

第1回手術 臍恥骨正中線切開一テ腹腔ニ入ルー、腹水少許ヲ容ルモ、肝臓ニ腫瘍ノ轉移ナシ。腫瘍ハドウグラス氏腔底ヨリ2cm上方迄ニ及ブ。S字狀結腸腸間膜ヲ剝離シテ腫瘍上部ニ於テ切斷シ、肛門側斷端ハ内翻シテ完全ニ腹膜外トシ、ソノ上ニ腹膜縫合ヲナスコノ場合上痔動脈ハ曠置サレタル腸管ノ血行障礙ヲ招來スルヲ恐レテ結紮セズ。口側ノ結腸ハ別ニ左腸骨部ニ引キ出シテ腸骨部人爲肛門ヲ造設ス。術後、體温ハ最高37.7°Cデ、4日目ヨリ平熱トナリ、手術創ハ全部第1期癒合ヲナス。10日目ニ引出セル結腸ヲ皮膚面ニ於テ焼灼切除ス。6日目ヨリ 裏急後重ヲ訴フルモ「コカイン」坐藥ニテ治ス。

第2回手術 第1回手術後13日目ニ行フ。第3薦骨以下ヲ切除シ、注意シテ腸管ヲ露出ス。圍トノ癒着相當強度ナルモ他臟器ヲ損傷セズ。ドウグラス氏腔ヲ破リテ指ヲ通ジ、第1回手術ノ際内翻セル腸管ヲ剝離シテ、完全ニ曠置セル結腸部摘出ヲ終ル。術後ハ至極平穩ニシ周テ最高體温38°C、手術創ハ第1期癒合ヲナシ第15日より歩行開始シ旬日ノ後退院ノ豫定。

顯微鏡の診断 腺細胞癌

以上ノ如ク、本例ハ榮養狀態惡ク又他ノ病院デ20日前ニ1回手術ヲ試ミラレタモノデ、手術時間ノ延長モ豫想出來タタメ、第1回ト第2回ノ手術ヲ約2週間ヲ距テ施行シタ所、豫後ガ全ク良好デ第2回手術後15日ニシテ、既ニ歩行シ目下益々榮養回復ノ途ニアルモノデアル。

4) Billroth I ニ於ケル縫合術式ニ就テ

西 尾 英 美

胃腸吻合ヲ行フニ當ツテ吻合部ノ組織ガ内腔ニ突出スル爲ニ起ル狹窄ヲ起サナイ様ニス

ルコト、止血ノ目的ガ充分ニ達セラル、コト、並ニ吻合部ノ縫合不全ヲ來サヌ様ニ工夫スルコトハ必要ナコトデアル。之等ノ事項ニ就テハ既ニ從來ノ縫合術式ヨリモ遙ニ優秀ナル術式ガ當教室ニ於テ行ハレテ居ル。ソノ術式ハ

- 後壁 1) 胃腸ノ漿膜筋層ヲ針ヲ創縁ニ出シテ連續縫合ニヨリ兩斷端ヲ縫合シ、
 2) 粘膜層ノミニ糸ヲ通ジテ同様ニ縫合ス。
 前壁 3) 粘膜層ノミヲ Schmieden 氏法ニ從ヒ縫合シ、
 4) 漿膜筋層モ後壁ト同様ニ行フ。

然シ乍ラ Billroth I ノ如キ端々吻合ニ於テハ特殊ノ場合ヲ除キ吻合部ニ牽引ノ加ルコト多ク且各層ヲ別々ニ縫合スルコトガ操作ノ上カラ不便デアルコトガ多イカラ縫合ノヨリ完全ヲ期スルタメニ前壁ヲ縫合スルトキ胃粘膜ト十二指腸粘膜ノ全層ヲ Schmieden 氏法ニ從テ縫合シ、次ニ胃漿膜筋層ト十二指腸ノソレトヲ連結縫合シテ吻合ヲ完成スルノデアル。之ハ前述ノ教室法ト Goepel 氏ノ十二指腸胃内套管法 (Einmanschettierungsverfahren) トノ合併式デアル。最近我々ハ Billroth I ノ3例ニ於テ教室法1例、合併式2例ヲ行ツタ所何レモ良好ナ結果ヲ得タ。即之等 3例ハ何レモ手術翌日ヨリ流動食ヲ與ヘ漸次普通食ヲ攝ラシメタガ、吻合部ノ穿孔ヲ思ハシメル様ナ症狀ノ起ラナカツタ事ハ勿論、心窩部膨滿感、惡心、嘔吐ナドノ苦痛サヘモ訴ヘタコトモナク 3週間目ニ歩行退院シタ。ソシテ術後17日目ノX線検査ニ依ツテモ吻合部ノ通過障礙殘胃ノ擴張、下垂モナク蠕動モ普通ニ起ツテクルヲ認メタ。

既ニ知ラレテ居ル如ク Billroth I ハ限局サレタ術式デアツテ之ヲ行ヒ得タ場合ニ於テハ殆ド生理的ナ胃ニ近イモノガ出來上リ胃ニ於ケル消化ト云フ點ニツイテハ他ノ術式ノ及バヌ優越ナ點ヲ持ツテ居ルガ、吾々ハ只從來術後ノ不快症狀ノオコルヲ遺憾ニ思ツタノデアル。即舊來ノ縫合方法デ行ツタ場合ニハ殆ド毎常ト言ツテモ差支ノナイ位術後心窩部ノ膨滿感惡心嘔吐ニ悩サレ、之ガ數日間モ繼續スルコトガアリ中ニハ再手術ヲ必要トスル場合サヘ經驗スルコトガアル。ソレ故舊來ノ方法後ニハ數日間モ絶食ヲ餘儀ナクセラルコトガアリ從テ豫後ニ影響スルコトハ勿論デアル。之ハ吻合方法ノタメデナクテ縫合方法ノタメデアツテ舊法後ニ於テハ縫合直後ニ縫合埋沒部ノ内腔突出及此ノ部ノ出血ニ依テ生ズル血腫ノタメ僅カ 2 横指位ノ管腔ハ一時殆ド全ク閉塞サレ數十時間後ニ吸收壞死ノ行ハル、ニ及ビ漸ク交通ガ開始サレルモノト考ヘラレルノデアル。

我々ノ教室法ハソノ合併式ヲ行ヘバ、カ、ル缺點ハ除カレテ前述ノ様ニ好イ結果ガ得ラレルノデアルカラ今後モノ縫合ニ於テモ Billroth I 一般ノ他ノ胃腸吻合ノ縫合ニ行ツテモ好イ縫合方法ト考ヘルノデアル。

追加

荒 木 千 里

1) 犬ニ於テ食道空腸吻合ヲ行フニ當リ唯今ノ演者ノ方法ニテ縫合セルニ最モ成績良好ナリキ。

2) Billroth 第1法ヲ演者類似ノ方法ニテ行ヒタル經驗アリ。術後3週ニテ死亡セルガ剖檢ノ結果、吻合縫合ハ極メテ完全ニ癒合シ居タルモ、吻合部ハ肝底面ト強く癒着シ爲ニ屈曲ヲ來シテ通過障礙ヲ來セル事ヲ證明シタリ。斯ル例ハ例外的ノ不幸ノ場合ナランモ、當時此方法ハ癒着ヲ招キ易キ缺點アルニハ非ズヤト感ジタリ。然シコノ缺點ハ吻合部ヲ大網膜ニテ被包スレバ充分避ケ得ルモノト思ハル。

5) 「エレクトロ・コアグラチオン」ニ依ル痔核療法

革 島 悟 郎

痔核ノ手術ニ從來用ヒラレシ Paquelin 氏燒灼法ノ代リニ高周波電流ニ依ル電熱凝固法ヲ用ヒテ好結良ヲ得タ。

患者 女 26歳 昭和7年11月14日入院

現病歴 約1年以前排便ニ際シテ無痛性點滴狀出血數回在リシモ其儘放置セシニ出血ハ自然ニ止レリ。然ルニ約30日以前ヨリ再ビ排便ニ際シテ無痛性點滴狀出血ヲ來タセリ。

局處所見及ビ肛門内觸診ニヨリテ之ヲ痔核ト診斷シテ11月15日ニ手術ヲ施セリ。

手術所見 腰椎麻酔後截石位ヲトラシメ肛門ヲ脫出セシメシニⅣ時Ⅶ時Ⅹ時ニ豌豆及ビ櫻實大ノ痔核存シ其ノ表面並ニⅡ時Ⅵ時ニ當ツテ小皸裂ヲ認ム。

手術經過 大ナル痔核ヲ翼狀鉗子ニテ肛門ニ對シテ放射狀ニ挾ミテBovie氏ノ「エレクトロ・サージカルユーツト」ノ球狀電極ヲ用ヒテ高周波電流ヲ通ズ(コノ際電流ノ強度ハ、normal coagulation ノ6或ハ7ニシテ置ク)。

コレニ依リテ今迄鮮紅色ニ緊張セシ痔核ハ灰白色トナツテ全ク萎縮セリ而シテ周圍ノ組織ニハ何等ノ變化モ認メズ。次デ小皸裂モ又小 Knoten 一ハ翼狀鉗子ヲ用フルコトナク球狀電極ヲ輕ク當テガヒテソノ放電火花ニテコレヲ凝縮セシム、斯如ク手術ハ全ク出血ヲ作ハズ簡單ニ短時間ニ施行セラレタリ。

術後ノ經過 手術後ハ疼痛殆ンド無ク、翌日ヨリ僅少ノ血漿液性ノ分泌液及ビ炎症性浮腫ヲ認メシモ自發痛及ビ壓痛殆ンドナク第4日目ニハ熱凝固セル組織ノ一部ハ壞疽トナリテ脱落シソノ跡ハ新鮮ナル肉芽組織ヲ示シテ治癒傾向ノ良好ナルヲ認ム。

結論 コノ方法ハ手術簡單ニシテ早く、出血ヲ全然作ハズ、痔核ノミヲ熱凝固セシメテ周圍ノ組織ヲ破壊スル事少ク、故ニ翼狀鉗子ナドハ強ヒテ用フル必要ナク燒灼法ニテモ觀血法ニテモ及バヌ高位ノ痔核或ハ細小ノ Knoten ニモ應用出來ル優利點ガアリ、術後疼痛ガ非常ニ少ク治癒傾向ガ良好デアル事、等ヲ認メルノデ非常ニ好結果ヲ得ルモノト信ズルノデアルガ尙其結果ハ觀察中ナリ。